



Leitlinien des

Arbeitskreises Rehabilitation in der Rheumatologie

Gabriele Eberl und Ernst Wagner

Approbiert vom Vorstand der ÖGR am 7. Februar 2012

Zielsetzung: Festlegung von Leitlinien und Empfehlungen zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation für den Bereich Stütz- und Bewegungsapparat (Schwerpunkt Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises) nach den Anforderungen an die Struktur, den Prozessablauf und die Ergebnisevaluation.

Mitarbeiter des

Arbeitskreises: Ammer K. (Wien), Eberl G. (Baden), Falkenbach A. (Bad Ischl), Hawel R. (Bad Hofgastein), Kirchheimer J. (Warmbad Villach), Kullich W. (Saalfelden), Mayrhofer F. (Bad Schallerbach), Mur E. (Innsbruck), Schwann H. (Saalfelden), Skoumal M. (Laab im Walde), Ulreich A. (Gröbming), Wicker A. (Salzburg), Zeindler H. (Badgastein), Wagner E. (Baden)

Inhalt:

1. Definition
2. Indikation
3. Rehabilitationsziele
4. Kontraindikation
5. Zuweisung
6. Prozessqualität
7. Strukturqualität
8. Ergebnisqualität
9. Zukunftsvision
10. Literatur/Links

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde bei allen personenbezogenen Bezeichnungen in dieser Richtlinie die männliche Form gewählt. Gemeint sind damit aber stets Frauen und Männer.

Wichtiger rechtlicher Hinweis

Der Arbeitskreis Rehabilitation in der Rheumatologie der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR) hat sich um größtmögliche Genauigkeit bei der Erstellung dieser LEITLINIEN UND EMPFEHLUNGEN bemüht.

Die Verwendung und Anwendung der Inhalte dieser LEITLINIEN UND EMPFEHLUNGEN erfolgt ausschließlich auf eigene Gefahr des Anwenders. Der AK-Rehabilitation und die ÖGR übernehmen keine Gewähr dafür, dass ausschließlich vollständige, genaue, aktuelle und von Irrtümern freie richtige Informationen enthalten sind. Haftungsansprüche welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern seitens des AK-Rehabilitation kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden vorliegt.

Die LEITLINIEN UND EMPFEHLUNGEN enthalten auch Links und Verweise zu Internetangeboten Dritter. Wir möchten darauf hinweisen, dass wir keinen Einfluss auf deren Inhalte haben und demnach auch dafür keine Gewähr übernehmen können. Die Autoren erklären hiermit ausdrücklich, dass zum Zeitpunkt der Linksetzung keine illegalen Inhalte auf den zu verlinkenden Seiten erkennbar waren. Für illegale, fehlerhafte oder unvollständige Inhalte und insbesondere für Schäden, die aus der Nutzung oder Nichtnutzung solcherart dargebotener Informationen entstehen, haftet allein der Anbieter der Seite.

Für Online-Version:

Die Autoren behalten es sich ausdrücklich vor, das gesamte Dokument oder Teile davon ohne gesonderte Ankündigung zu verändern, zu ergänzen, zu löschen oder die Veröffentlichung zeitweise oder endgültig einzustellen.

1. Definition

„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“(WHO Definition der Rehabilitation definiert im Technical Report 668/1981).

Die **medizinische Rehabilitation** umfasst alle medizinischen Maßnahmen, die zur Verhinderung, Verbesserung bzw. Kompensation oder Beseitigung einer funktionellen Einschränkung geeignet sind. Ziel ist die restitutio ad optimum im Sinne der Komponenten des biopsychosozialen Krankheitsmodells, dargestellt im ICF, um den Betroffenen möglichst dauerhaft ohne Betreuung und Hilfe in das Erwerbsleben, die Familie und Gesellschaft einzugliedern.

Ein **multidisziplinäres Team** kommt zur Erreichung des Rehabilitationszieles zum Einsatz. Ebenso ist die Einbeziehung der Angehörigen in bestimmten Fällen von Bedeutung.

2. Indikation

Die Indikation zur Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparat besteht

- bei allen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (entzündlich, degenerativ, weichteilrheumatisch oder osteologisch), wenn gleichzeitig Einschränkungen der Struktur oder Funktion, der Aktivitäten und/oder Partizipation (Teilhabe) bestehen oder drohen
- nach operativen Eingriffen
- nach Verletzungen
- bei angeborenen Veränderungen

Wesentlich ist die **Rehabilitandenauswahl** im Vorfeld: Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationspotential und Rehabilitationsfähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose sind Voraussetzungen für jede Indikationsstellung zur Rehabilitation sowie das Fehlen von Kontraindikationen. Für die Fähigkeit zur stationären Rehabilitation ist zusätzlich die physische und psychische Belastbarkeit für 2 bis 3 Stunden rehabilitative Maßnahmen täglich erforderlich unter Berücksichtigung einschränkender Co-Morbiditäten bei multimorbiden Patienten. Entscheidend ist auch die Motivation und Kooperationsbereitschaft der Rehabilitanden zur aktiven Mitarbeit.

Grundsätzlich können Interventionen im Rahmen der Rehabilitation stationär, teilstationär oder auch ambulant durchgeführt werden. Die stationäre Durchführung der Rehabilitation ist bei Vorhandensein und erheblicher Ausprägung eines oder mehrerer der folgend genannten Faktoren indiziert:

- Schwere der Funktionsstörung mit Notwendigkeit einer multi-/interdisziplinären Intervention
- Einschränkungen der häuslichen Selbständigkeit
- Fehlende Verfügbarkeit ambulanter Rehabilitationseinrichtungen in vertretbarer Erreichbarkeit.

Die Verordnung ambulanter Rehabilitation anstelle eines Heilverfahrens in einer Sonderkrankenanstalt oder Vertragseinrichtung ist nach Beachtung dieser Faktoren jeweils individuell zu prüfen. Im Allgemeinen ist bei ambulanten Maßnahmen eine geringere Therapiedichte dafür aber eine längere Zeitdauer der Rehabilitationsmaßnahmen zu erwarten. Bei langen Anfahrtswegen sind auch die Transportkosten zu berücksichtigen.

Aspekte im Sinne einer beruflichen Rehabilitation zählen ebenso zu den Indikationen einschließlich Berufsfindung, Umschulungsmaßnahmen, Maßnahmen nach dem Behinderteneinstellungsgesetz, Berufsförderung in einer Behindertenwerkstatt. Das sind Langzeitziele, wodurch die soziale Integration wesentlich gefördert wird (Organisation sozialer Hilfen).

3. Rehabilitationsziele

werden zwischen Rehabilitanden und dem multidisziplinären Team unter Führung des Arztes mit ggf. Einbeziehung der Angehörigen am Beginn der Rehabilitation festgelegt und schriftlich dokumentiert:

- Es ist sinnvoll, kurz-, mittel- und langfristige, dynamische Zieldefinitionen zu erstellen.
- Die Rehabilitationsziele müssen realistisch erreichbar sein.
- In Hinblick auf das Rehabilitationspotential muss die Frage „Was ist möglich zu erreichen?“ beantwortet werden.
- Folgende Auflistung von Rehabilitationszielen aus dem Rehabilitationsplan der ÖBIG 2009 kann herangezogen werden:
Rehabilitationsziele bei
(A) Schädigungen und Funktionsstörungen,
(B) Fähigkeitsstörungen,
(C) Beeinträchtigungen der Teilhabe, und
(D) Kontextfaktoren und Risikofaktoren werden unterschieden:

3.1. Definierte Rehabilitationsziele bei Schädigungen/Funktionsstörungen

Beseitigung, Verminderung oder Vermeidung von Schädigungen/Funktionsstörungen der primär befallenen Organe bzw. Organsysteme und die Vermeidung sekundärer Schäden an weiteren Organen (somatische Ebene) (z.B. die Reduktion der Aktivität entzündlich-rheumatischer Erkrankungen, insbesondere von Arthritis und deren Progredienz einschließlich der Verminderung von strukturellen und funktionellen Schädigungen an anderen beteiligten Organen)

- Die Verbesserung der Muskel- und Gelenksfunktionen (Muskellockerung, Koordinationssteigerung, Zunahme der Muskelkraft und Muskelkraftausdauer).

3.2. Definierte Rehabilitationsziele bei Fähigkeitsstörungen

Beseitigung, Verbesserung oder Vermeidung von Fähigkeitsstörungen in den Bereichen:

- Selbstständigkeit bzw. Selbstversorgung (z.B. bei hygienischen Verrichtungen, beim An- und Auskleiden, bei Nahrungsmittelzubereitung und -aufnahme)
- Mobilität (z.B. beim Gehen auf unebenen Böden bzw. bei anderen Hindernissen, beim Treppensteigen, bei der Verkehrsmittelbenutzung)
- Beweglichkeit, Geschicklichkeit
- Ausdauer
- Prävention von Fähigkeitsstörungen
- Krankheitsbewältigung (z. B. Verminderung von Ängstlichkeit und Depressivität, Bewältigung von chronischen Schmerzzuständen und Stress, Erlernen von Kompensationsstrategien)

- Kompetenzsteigerung des Rehabilitanden (self-efficacy) durch krankheitsspezifische Schulung

3.3. Definierte Rehabilitationsziele bei Beeinträchtigungen der Teilhabe

Beseitigung, Verbesserung oder Vermeidung von Teilhabestörungen in den Bereichen

- physische Unabhängigkeit (in Bezug auf Selbstversorgung)
- Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung)
- Beschäftigung (Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung, Freizeit)
- wirtschaftliche Eigenständigkeit
- psychische Gesundheit
- soziale Integration/Reintegration

3.4. Definierte Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren und Risikofaktoren

Kontextfaktoren:

Ziel von Rehabilitationsmaßnahmen ist es auch, auf Gesundheit und Krankheit einwirkende Kontextfaktoren (Förderfaktoren und Barrieren) zu erfassen und diese – soweit erforderlich und möglich – zu modifizieren, indem die Umweltbedingungen an verbleibende Fähigkeitsstörungen/Beeinträchtigungen der Rehabilitandin / des Rehabilitanden angepasst werden:

- In Betracht kommen Maßnahmen der Arbeitsplatzanpassung, der Wohnungsadaptierung sowie die persönliche Ausstattung mit Mobilitätshilfen und technischen Hilfsmitteln. Jede Rehabilitationsmaßnahme hat weiters das Ziel, spezifische Gesundheits-/Krankheitsrisiken sowie Risikofaktoren zu vermeiden.
- Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen können durch Umweltfaktoren verstärkt oder vermindert werden, so dass diese bei der Bestimmung der Rehabilitationsziele zu berücksichtigen sind. Hierzu können u. a. Arbeitsplatzbegehungen, Wohnraumbesichtigungen und Gespräche mit den Angehörigen erforderlich sein.
- Spezifische Zielsetzungen sind beispielsweise:
 - Arbeitsplatzanpassung
 - Planung und Einleitung berufsfördernder Maßnahmen, Umschulungen
 - Gestaltung der häuslichen Umgebung
 - Sinnvolle Nutzung von technischen Hilfsmitteln
 - Benützung öffentlicher Verkehrsmittel

Risikofaktoren:

Es ist auch Aufgabe der Rehabilitation, Risikofaktoren zu vermeiden, zu beseitigen bzw. deren Wirkungen zu vermindern.

Rehabilitationsziele in diesem Sinne sind:

- Anleitung zur gesundheitsbewussten Ernährung
- Motivation zur Lebensstiländerung einschließlich Abbau von Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Blutdruck, Blutzucker, Anleitung zur Verminderung bzw. Beseitigung von Bewegungsmangel)
- Hilfe bei der Findung von Bewältigungsstrategien, Erlernen von Entspannungstechniken
- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit
- Anpassung an Sport- und Freizeitaktivitäten
- Anleitung zu Stressabbau/Stressbeseitigung
- Umgang mit Notfallsituationen
- Unterweisen in Techniken zur Selbstkontrolle

4. Kontraindikationen

Es werden absolute und relative Kontraindikationen unterschieden:

4.1. Absolute KI:

- Alle akuten, beeinträchtigenden Erkrankungen (z.B. akute Infektionskrankheiten; aber banale Infekte sind keine KI)
- Alle Krankheitszustände und akute Zustandsbilder im Rahmen einer Organ- oder hormonellen Dekompensation
- akute Psychosen
- Alle schweren Funktionseinschränkungen von Organsystemen (körperlichen oder psychischen), welche die Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit (und damit die Rehabilitationsfähigkeit) soweit beeinträchtigen, dass 2 bis 3 Stunden täglicher Therapie nicht möglich sind (gilt für die stationäre Rehabilitation)
- Fortgeschrittener geistiger Abbau mit Desorientiertheit, Verwirrtheit, fehlender Motivation und schneller Erschöpfung
- Marasmus
- Immobilität (Bettlägrigkeit)
- Tumorerkrankungen mit aktueller (belastender) Chemo- oder Strahlentherapie

4.2. Relative KI:

Bei relativen KI ist eine individuelle Prüfung in Hinblick auf die primäre Rehabilitationsindikation und Notwendigkeit abzuklären. Wesentlich ist die Beurteilung des Schweregrades der Funktionsstörung und der unmittelbaren Notwendigkeit einer Rehabilitation, um Verschlechterungen der Funktionsfähigkeit und Folgeschäden zu vermeiden:

- Herabgesetztes Kommunikationsvermögen, auch sprachliche Barrieren (z.B. wenn die ärztliche und therapeutische Anamnese und Anweisung nicht zweifelsfrei verstanden werden oder der Rehabilitand dem Therapeuten/Arzt keinerlei Auskünfte über seine Befindlichkeit geben kann)
- Nicht ausreichend diagnostisch abgeklärte Erkrankungen oder Komplikationen von Erkrankungen bzw. der Operation, für die auch vor Ort eine weitere Diagnostik nicht oder nicht in einem geeigneten Zeitrahmen möglich ist
- Hautulcera (absolute KI bei Infektionsgefahr; sonst individuell zu prüfen)
- Dialyse
- Manifeste Immunschwäche
- Gravidität
- Drogenabhängigkeit, Alkoholkrankheit
- Schwere Inkontinenz
- Infektion mit MRSA, ESBL (multiresistenten Keimen)

5. Zuweisung

Der behandelnde niedergelassene Arzt oder der behandelnde Spitalsarzt stellt die Indikation zur Rehabilitation anhand von Anamnese, klinischer Untersuchung und Hilfsbefunden und schlägt diese Maßnahme dem Rehabilitanden vor (nach Abklärung von Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationspotenzial und Motivation). Dieser stellt einen Antrag, auf welchem er die persönlichen, versicherungsrelevanten Daten angibt. Der Arzt führt detaillierte Angaben zu vorliegenden Einschränkungen und der Zielsetzung der Rehabilitationsmaßnahme auf demselben Formular an.

Wichtig: das **gelbe** Formular HV-AHV1-01.03 (Antrag auf Anschlussheilverfahren oder Rehabilitation nach Unfall) ist zu verwenden, da dieses ausführliche rehabilitationsrelevante Angaben enthält.

Das **grüne** Antragsformular HV-Kur1/9.05 wird akzeptiert, ist allerdings inhaltlich z.B. für die Planung in der Rehabilitationseinrichtung nicht ausreichend informativ.

Dieser Antrag wird an den zuständigen Sozialversicherungsträger (Unfallversicherung, Pensionsversicherung, Krankenversicherung) weitergeleitet und der zuständige Versicherungsträger bearbeitet den Antrag mit dem Ergebnis einer Bewilligung oder einer entsprechend begründeten Ablehnung.

Anschließend erfolgt die Weiterleitung der bewilligten Anträge an die entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen, welche dann die Rehabilitanden zu den vorgesehenen Rehabilitationsmaßnahmen einladen.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit von Direktanträgen bei Anschlussheilverfahren.

6. Prozessqualität

- Sämtliche rehabilitationsmedizinischen Maßnahmen haben dem jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu entsprechen.
- Vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zur Entlassung sollte ein strukturierter Ablauf, individuell auf die jeweilige Behinderung in den folgenden 3 Dimensionen stattfinden: Körperliche Schädigung, Fähigkeitsstörung, Soziale Beeinträchtigung
- Anamnese, klinische Untersuchung, Einholung von notwendigen Hilfsbefunden und ganzheitliche Diagnose sowie ergebnisorientierte Erfolgskontrolle und Qualitätssicherung haben zu erfolgen:
- Dokumentation jeder ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Leistung ist durchzuführen. Der Rehabilitationsablauf soll intern und extern nachvollziehbar sein
- Regelmäßige interdisziplinäre Teambesprechungen
- Erarbeitung von „Standard Operating Procedures“- SOPs für definierte Abläufe und Qualitätsüberprüfung mit Checklisten
- Interne und externe Fortbildungen aller Mitarbeiter

6.1. Therapieangebot

Die Mindesttherapiedauer für stationäre Rehabilitation beträgt 2 bis 3 Stunden täglich. Abweichungen von dieser Therapiedauer sind zu begründen und zu dokumentieren. Der Schwerpunkt der rehabilitativen Maßnahmen sollte in (überwiegend) aktiven, unterstützt durch passive Maßnahmen, liegen.

- Heil- und Krankengymnastik (Einzel oder Gruppe, im Trockenen oder im Wasser)
- Medizinische Trainingstherapie (Ausdauer- und/oder Krafttraining), weiters z.B. Nordic Walking, Schwimmen
- Hydrophysikalische Therapie (Unterwassermassage, 2- oder 4-Zellenbad)
- Ergotherapie (incl. Funktionelles Training, Gelenkschutzunterweisung, Rückenschule, Orthesenanfertigung, Fingerübungen und Paraffinpackungen)
- Mechanotherapie wie Massagen, Lymphdrainage, Ultraschall, etc.
- Bei Vorhandensein: ortsgebundene Heilmittel
- Thermotherapie (Kryotherapie, Infrarot, Fango, etc.)
- Elektrotherapie (Galvanisation, Impulsgalvanisation, Iontophorese, TENS, Exponentialstrom, Schwellstrom, Diadynamischer Strom, Hochvolttherapie, Interferenzstrom, etc.)

- Vorträge und Schulungen: können bei entsprechender Indikation zum Einsatz kommen: Arthritis-Schule, Rücken-Schule, Totalendoprothese-Schulung
- Weitere mögliche Angebote von Schulungen: medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapiemöglichkeiten bei rheumatischen Erkrankungen, Selbstmanagement von Schmerzen, Schmerzbewältigungsstrategien, Osteoporose und Sturzprophylaxe, Biofeedback, Risikofaktoren vaskulärer Erkrankungen etc.

6.2. Weitere Angebote

- Diätologie (Ernährungsberatung einzeln und in der Gruppe mit Schwerpunktthemen Fettstoffwechsel, Diabetes,...)
- Psychologie (Entspannung, Stress- und Schmerzbewältigung, Einzelberatung, Krisenintervention, Work Life Balance, Raucherentwöhnung,...)
- Orthopädietechnik

6.3. Dokumentation und Arztbrief

Folgende Punkte müssen Inhalt des Arztbriefes sein:

- Diagnosen mit ICD-10 Codierung
- Anamnese
- Klinisch physikalische Untersuchungsbefunde
- Definition des Rehabilitationszieles und Zielerreichungsgradmessung zum Ende des Aufenthaltes
- Outcome Measurement
- Verlauf und Zusammenfassung des Aufenthaltes
- Detaillierte numerische Angaben der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen (Medikamente, Therapien, Beratung, Vorträge, Schulung,...)
- Sozialmedizinische Begutachtung (bei ausgewähltem Personenkreis)
- Befunde (bildgebende Verfahren, Labor, relevante auswärtige Befunde,...)
- Therapieempfehlungen nach dem Rehabilitationsaufenthalt
- Präventionsempfehlungen (Gewichtsreduktion, Alkoholkarenz, Nikotinkarenz...)
- Angabe über Erfordernis weiterer physikalischer Maßnahmen im ambulanten Bereich
- Weiterführende Maßnahmen und Kontrollen (z.B. beim zuweisenden Facharzt, Laborparameter, u.a....)

7. Strukturqualität

Grundsätzlich muss sich die Strukturqualität der Rehabilitationseinrichtungen am Schweregrad der Funktionsstörungen der zu behandelnden Rehabilitanden orientieren. Somit kann die Strukturqualität einzelner Rehabilitationseinrichtungen nicht im Vorhinein apodiktisch festgelegt werden. Jedenfalls müssen im Sinne der restitutio ad optimum die Rehabilitationsziele (siehe Pkt. 3) erreicht werden können. In Abhängigkeit von den Diagnosen und den Schweregraden der behandelten Funktionsstörungen müssen die jeweiligen Personalkennzahlen entsprechend angepasst werden.

7.1. Personalkennzahlen

Siehe Empfehlungen aus dem ÖBIG-Rehabilitationsplan (aktuell 2009)

- Eine über 24-Stunden permanente Anwesenheit des ärztlichen Dienstes (Arzt mit jus practicandi) ist obligat.
- Je nach Behandlungsschwerpunkt der Einrichtung Fachärzte für Innere Medizin, Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Unfallchirurgie, Fachärzte für Physikalische Medizin und Ärzte für Allgemeinmedizin
- In Rehabilitationseinrichtungen mit Schwerpunkt Rheumatologie sind idealerweise zwei Additivfachärzte für Rheumatologie zu fordern
- In Rehabilitationseinrichtungen, wo multimorbide, ältere Rehabilitanden betreut werden, sind Ärzte mit Zusatzausbildung Geriatrie zu fordern.
- Bei vermehrten diagnostischen Angeboten, welche im Rehabilitationszentrum selbst durchgeführt werden (z.B. Ergometrie, Sonographie, Ganganalyse etc.), sollte die Zahl der Fachärzte angepasst werden.
- Bei Ärzten anderer Fachrichtungen richtet sich die Verfügbarkeit nach dem Bedarf. Diese können auch auf Konsiliarbasis tätig sein: z.B. Fachärzte für Radiologie, Neurologie, Gynäkologie, Urologie, Augenheilkunde etc.

7.2. Weiteres Personal

- Pflegedienst
- Für 24-Stunden durchgehenden Dienst der DGKP ist zu sorgen.
- Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Sportwissenschaftler
- MTF
- Masseur
- Psychologen
- Diätologen
- Biomedizinische Analytiker (falls Labor im Haus angeboten)

- Radiologieassistenten (wenn Röntgen im Haus angeboten)
- Nach Notwendigkeit: Orthopädietechniker/Bandagist, Sozialarbeiter, Berufsberater, Pensionsberater, Case manager

Die jeweiligen berufsrechtlichen Kompetenzen müssen eingehalten werden.

7.3. Qualifikation des Personals

Ärztlicher Leiter:

Facharzt der folgenden angegebenen Fachrichtungen (nach Behandlungsschwerpunkt) möglichst mit Additivfach Rheumatologie und mindestens 2-jähriger fachspezifischer klinischer Erfahrung:

- FA für Innere Medizin
- FA für Orthopädie
- FA für Physikalische Medizin

Ärzte:

- FÄ für Innere Medizin, Orthopädie, Physikalische Medizin möglichst mit Additivfachausbildung Rheumatologie
- Ärzte für Allgemeinmedizin

Zusatzausbildungen in Chirotherapie, Osteopathie, Geriatrie oder Akupunktur sind erwünscht.

Notarzausbildung ist verpflichtend.

Psychologie:

Ausbildung als klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe mit Eintragung in das Register, oder Psychotherapeuten

Sportwissenschaftler: Ausbildung im Bereich Sport und Prävention

Andere Berufsgruppen:

mit abgeschlossener Ausbildung laut den gesetzlich vorgeschriebenen Ausbildungsrichtlinien

Für ALLE gilt:

Regelmäßige Fort- und Weiterbildung (zumindest Vorgaben der Fachorganisationen)

Für die interdisziplinäre Rehabilitation sind regelmäßige Teambesprechungen erforderlich. Ebenso sind Notfalltrainings zu veranlassen.

7.4. Diagnostische Ausstattung im Haus oder extern

- Für allgemeine und rheumatologisch-orthopädische Untersuchung klare Vorgaben (Inhalte, Umfang)
- EKG (plus Langzeit-EKG empfohlen) und Notfallausrüstung (obligat im Haus)

- Ergometrie
- 24-Stunden RR-Messung
- Röntgen
- Ultraschall (Abdomen, Gelenke, Herz, Small part,...)
- MRT, CT
- Labor, Immunserologie
- Kraftmessung, Ganganalyse
- Nervenleitgeschwindigkeit, Elektromyogramm, Reizstromdiagnostik
- Notfallsbetten (zur Kurzzeitüberwachung sind empfohlen)

7.5. Räumliche Strukturqualität

Generell sind die behördlichen Auflagen für die Errichtung von Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten zu beachten.

Die Raumplanung und Ausstattung ist an die Bedürfnisse von Rehabilitanden mit Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates anzupassen. Zum Beispiel ist ausreichend Raum für die Verwendung von Gehhilfen zu gewähren; die Höhe von Sitzgelegenheiten, WC-Höhen, aber auch die Überwindung von Barrieren etc. sind von Bedeutung.

Im gesamten Rehabilitationsbereich sind medizinische Pflegebetten notwendig.

Das gesamte Haus muss rauchfreie Zone sein.

In sämtlichen Untersuchungs- und Therapieräumen ist besondere Aufmerksamkeit auf die Wahrung der Intimsphäre von Rehabilitanden zu legen, auch interkulturelle Unterschiede haben hier Bedeutung.

8. Ergebnisqualität

Scores zur Outcome Messung

Beispiele:

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| • VAS Schmerz | bei allen Rehabilitanden |
| • FFBH-Rücken | Wirbelsäulenerkrankungen |
| • Roland-Morris Fragebogen | Wirbelsäulenerkrankungen |
| • HAQ | Rheumatoide Arthritis |
| • DAS | Rheumatoide Arthritis |
| • CDAI/SDAI | Rheumatoide Arthritis |
| • RADA1-5 | Rheumatoide Arthritis |
| • Ganggeschwindigkeit | nach Operationen an der UE |
| • WOMAC | nach Operationen an der UE |
| • BASDAI | axiale SNSA |
| • BASFI | axiale SNSA |

- Constant-Score, DASH Schultererkrankungen
- Goal Attainment Scale bei allen Rehabilitanden

Generische Scores wie z.B. MOS-SF-36 (Medical Outcome Study Short-Form Health Survey) sind aussagekräftig, wenn eine Vergleichskontrolle im zeitlichen Verlauf ausgewertet wird.

Nach Expertenmeinung sind solch komplexe Scores routinemäßig bei etwa 3-wöchigem Rehabilitationsaufenthalt nicht praktikabel, allerdings bei wissenschaftlichen Projekten empfohlen.

Im Sinne der Effektivitätsprüfung sind gezielte Follow-up-Untersuchungen über die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahmen gefordert.

Folgende Aspekte sollten in Zukunft Berücksichtigung finden:

- Lebensqualität
- Wiedereingliederung in das Berufsleben und Arbeitsfähigkeit
- Bedarf an medizinischer Versorgung und Pflege (Pflegerstufenerfassung)
- Invaliditäts- /Berufsunfähigkeitspension
- Häufigkeit von Krankenständen
- Folgekosten

Diesbezüglich gibt es wenig stringente Daten. Eine Qualitätskontrolle mit Evaluation der genannten Kriterien ist sinnvoll.

Allgemeine Fragebögen zur Rehabilitandenzufriedenheit zur Erfassung und Beurteilung der Qualität sind empfohlen.

9. Zukunftsvisionen

Die Arbeitsgruppe für Rehabilitation der ÖGR hat Kernthemen zur Verbesserung der Rehabilitation von Rehabilitanden mit Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates ausgearbeitet. Ziel ist die Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung. Sowohl interne als auch externe Stakeholder (Eigentümer, Management sowie alle Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung, Rehabilitanden, Kunden, Lieferanten, Gesellschaft und Staat) sollen durch ihren Beitrag zu einer Steigerung der Ergebnisse auf Rehabilitanden- und Organisationsebene führen.

9.1. Ausbildung und Kenntnisse

- Rehabilitation als Pflichtfach im Curriculum des Medizinstudiums und in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin
- Im Rahmen der Ausbildung zum Additivfacharzt für Rheumatologie wahlweise 3 Monate physikalische Medizin auch an einer Rehabilitationseinrichtung
- Postgraduelle Ausbildung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte forcieren
- Verbesserte Information der Rehabilitanden über die bevorstehende Rehabilitation

9.2. Zuweisung

- Aussagekräftiges Antragsformular
- Standardisierte Ausbildung der Gutachter
- Strukturierte Bewilligungskriterien zur Rehabilitation

9.3. Prozess der Rehabilitation

- Flexibilität der Aufenthaltsdauer – im notwendigen Ausmaß
- Implementierung bzw. Optimierung der elektronischen Krankenakte
- Zusammenarbeit ambulant/ stationär und Stärkung der ambulanten Rehabilitation
- Rehabilitationsnachbetreuung

9.4. Ergebnisse der Rehabilitation

- Standardisierte Evaluation der Rehabilitation (praxisnah, verständlich zeitsparend)
- Festlegung von Outcome-Parametern, welche den Vergleich von Rehabilitationseinrichtungen ermöglichen
- um eine gültige Aussage dieser Evaluation zu erhalten, sind Mehrfachdiagnosen (multimorbide Rehabilitanden) und das Alter der Patienten im Vorfeld zu berücksichtigen.

10. Literaturliste und Links

www.help.gv.at/Content.Node/117/11711001.html

www.rehakompass.at

www.pensionsversicherungsanstalt.at

www.reha-news24.de

www.oegpmr.at

www.dgrh.der/qualitaetsmanual13.html

www.dimdi.de (enthält ICF)

www.cochrane.org (evidence based medicine)

www.dgpmr.de

www.reha-schweiz.ch

Stucki G, Kroeling P: Physical therapy and rehabilitation in the management of rheumatic disorders. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2000 Dec;14(4):751-71.

Jäckel WH, Beyer WF, Droste U, Engel JM, Genth E, Kohlmann T, Kriegel W, Mau W, Pott HG, Rehberg W, Sangha O, Schmidt K, Wassenberg S, Zink A. Outcome-Messung bei muskuloskelettalen Krankheiten: Vorschlag für ein Core-Set von Instrumenten zum Einsatz in der Rehabilitation. *Zeitschrift für Rheumatologie* 2001;60:342–351

Glattacker M, Müller E, Jäckel WH: Quality assurance and guidelines in rehabilitation for muskuloskeletal diseases :Z: *Rheumatol* 2008 Nov;67(7):575-82.

Vliet Vlieland TP, Li LC: Rehabilitation in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis: differences and similarities. *Clin Exp Rheumatol*. 2009 Jul-Aug;27(4 Suppl 55):S171-8.

Boonen A, van Berkel M, Cieza A, Stucki G, van der Heijde D: Which aspects of functioning are relevant for patients with ankylosing spondylitis: results of focus group interviews. *J Rheumatol*. 2009 Nov;36(11):2501-11.

Kuhlow H, Fransen J, Ewert T, Stucki G, Forster A, Langenegger T, Beat M: Factors explaining limitations in activities and restrictions in participation in rheumatoid arthritis *Eur J Phys Rehabil Med*. 2010 Jun;46(2):169-77.

Luttosch F, Baerwald C.: Rehabilitation in rheumatology *Internist (Berl)*. 2010 Oct;51(10):1239-45.

Gutenbrunner C, Meyer T, Melvin J, Stucki G: Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. *J Rehabil Med* 2011 Sep;43(9):760-4.

Hurkmans EJ, Jones A, Li LC, Vliet Vlieland TP: Quality appraisal of clinical practice guidelines on the use of physiotherapy in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)*. 2011 Oct;50(10):1879-88.